

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CHOLÉCYSTITE TUBERCULEUSE

(TRAVAIL DU LABORATOIRE DE M. LE PROFESSEUR SABRAZÈS)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 21 novembre 1928

PAR

André-Jean-Paul DURON

EXTERNE DES HÔPITAUX
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-BRÈS (Hérault), le 10 août 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. SABRAZÈS, professeur.	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		CREYX, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17
Provisoirement, 3, place Saint-Christoly.

1928.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0100

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 5

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CHOLÉCYSTITE TUBERCULEUSE

(TRAVAIL DU LABORATOIRE DE M. LE PROFESSEUR SABRAZÈS)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 21 novembre 1928

PAR



André-Jean-Paul DURON

EXTERNE DES HÔPITAUX
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINT-BRÈS (Hérault), le 10 août 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. SABRAZÈS, professeur.	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		CREYX, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17
Provisoirement, 3, place Saint-Christoly.

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS,..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÈCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.....	FOURMENT.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.	N.	id.	FAUGÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRAND'MÈRES

A MES PARENTS

A MA FEMME — A MES FILS

A MES BEAUX-PARENTS

A MON ONCLE ET MA TANTE
MONSIEUR ET MADAME ROUMENS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR W. DUBREUILH

*Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Chargé du Cours de Vénérologie,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. TEULIÈRES

*Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SABRAZÈS

*Professeur d'Anatomie pathologique et de Microscopie clinique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Médecin-chef du service des contagieux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Après nous avoir dispensé les plus utiles conseils, tant au lit du malade qu'au laboratoire, il nous a donné l'idée de ce travail et nous a aidé à le mener à bien. Nous le remercions de son extrême bienveillance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CHOLÉCYSTITE TUBERCULEUSE

INTRODUCTION

La tuberculose de la vésicule biliaire est considérée par tous les auteurs qui se sont occupés de la question comme une affection rare, voire même exceptionnelle. Cependant nous avons pu en réunir 19 cas dans la littérature médicale, l'un des premiers datant de 1866 (Lancereaux). Le nombre d'observations que nous donnons porte sur une période de soixante-deux ans. Ce sont, par ordre chronologique, celles de : Lancereaux [44], Ernest Gaucher [30], Riedel [62], Casati [13], Czerny [17], Schmidt [66], Braquehayé [10], Kisch [40], Beitzke [5], Knotte [41], Deycke [20], Simmonds [74], Galabru [28] et Tedenat [77] (trois), Latronche [47], Barloro Olivieri [2], Rankin et Massie [60] et Sabrazès et Torlais [65].

Nous en ajouterons 2 inédites, ce qui porte le nombre à 21. Nous sommes persuadé que le nombre des observations devrait être plus important, étant donné :

1° Que sur 45 cas de cholécystite examinés par M. Sabrazès

au point de vue anatomo-pathologique, nous en avons relevé 2 cas, ce qui ferait un pourcentage de 4,4 p. 100 ;

2° Que dans plusieurs cas de cholécystectomie ou d'autopsie au cours de péritonite tuberculeuse, il n'a pas été fait d'examen histologique de la vésicule (Berthomier [7], Oberling [58]) ;

3° Que le diagnostic n'a été bien souvent possible qu'à l'examen histologique, le chirurgien pensant, au cours de l'opération, à une cholécystite banale, à un sarcome (Riedel [62]), ou à un cancer (Tedenat [77], Latronche [47]), et que la cholécystite tuberculeuse n'est pas exceptionnelle si on songe à la rechercher, à condition de la dépister. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet à notre chapitre de diagnostic.

C'est sur les conseils de M. le professeur Sabrazès et guidé par lui que nous avons choisi et traité ce sujet de thèse. Nous y apportons les éléments nécessaires au diagnostic anatomo-pathologique de cette tuberculose en laissant la porte ouverte sur des recherches nouvelles qui permettront l'étude précise des cellules géantes par corps étrangers qui existent probablement, d'après M. Sabrazès, dans la vésicule biliaire.

HISTORIQUE

En 1762, Morgagni, faisant l'autopsie d'une fille morte de phtisie scrofuleuse — c'était une dénomination courante alors — trouva, à la surface de la vésicule, des « corps saillants. » et en même temps, dans le poumon gauche, non seulement un ulcère à ichor sanieux, mais encore des corps de la même espèce que ceux rencontrés sur la vésicule. Il est possible que Morgagni ait eu affaire à des tubercules et ce serait la première observation de tuberculose de la vésicule biliaire connue. Mais les preuves manquent et nous ne pouvons affirmer un tel diagnostic.

P.-Ch.-A. Louis, dans ses recherches nécropsiques sur la phtisie, ne déclare pas positivement avoir rencontré des altérations tuberculeuses de la vésicule biliaire, il reconnaît cependant qu'il a trouvé dans plusieurs cas un épaississement des parois de la vésicule avec ulcération.

Léon Collin, dans ses nombreuses et remarquables observations de phtisie, n'a vu qu'un seul cas de tuberculisation généralisée (avec ictère pendant la vie), ou, à l'autopsie, les parois de la vésicule étaient considérablement épaissies et comme oedématisées.

Frerichs [27] déclare que l'on rencontre parfois, chez les enfants, une infiltration tuberculeuse de la membrane muqueuse des voies biliaires.

En 1851, Lebert [48] rapporte à la Société anatomique l'observation et les résultats de l'autopsie d'une jeune tuberculeuse, chez laquelle existait une collection purulente autour de la vésicule biliaire.

Lancereaux [44] donne, dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, l'observation d'une femme de 32 ans. A l'autopsie, les parois de la vésicule biliaire étaient intégralement transformées en un magma caséux qui céda sous le doigt et laissa voir profondément les digitations glandulaires.

Nous publierons ce cas à notre chapitre des observations.

En 1872, Tublet (79), dans sa thèse inaugurale, cite, à propos de la tuberculisation des voies biliaires, les cas de Morgagni et de Lancereaux.

En 1879, Ernest Gaucher [30] communique à la Société anatomique de Paris l'observation d'un enfant de 3 ans dans l'épaisseur de la vésicule duquel il avait trouvé, à l'autopsie, une masse tuberculeuse grosse comme une noisette. (Cette observation sera reproduite plus loin.)

Letulle, à la même séance, déclare avoir rencontré trois fois des lésions analogues.

En 1886, M. Denucé [19], dans sa thèse d'agrégation sur *Les tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*, déclare que « la vésicule biliaire peut encore être le siège de lésions tuberculeuses, malgré l'assertion contraire de Van Shueppel ». Il cite comme preuve l'observation de Lancereaux.

En 1888, Riedel [62] publie une observation de cholécystite tuberculeuse qu'il étiqueta sarcome, mais la malade vivait encore en bonne santé en 1890 ; de plus, pendant l'opération, la vésicule était bourrée de matière caséuse. Cette longue survie et l'aspect du contenu font plutôt penser à la tuberculose, les bourgeons charnus ayant sans doute été pris pour du sarcome. Il traita sa malade par l'incision de la vésicule et sa fixation à la paroi, et en 1890 sa malade avait encore une fistule.

En 1890, Casati [13] publia une observation que nous n'avons malheureusement pu retrouver : la malade avait été traitée par la cholécystostomie et avait guéri.

Calot [12], en 1891, dans sa thèse, écrit : « Je ne traiterai pas néanmoins des angiocholites et cholécystites tuberculeuses. . Elles sont actuellement l'objet de recherches que nous poursuivons en collaboration avec M. le professeur Gilbert et dont

les résultats seront bientôt publiés. » Nous n'avons pu trouver de publication de Gilbert et Calot dans les *Bulletin de la Société de biologie*, *Bulletin de la Société anatomique*, de la *Revue de chirurgie de Paris* que nous avons consultés à ce sujet.

En 1891, Létienne [50] consacra sa thèse à l'étude de la bile à l'état pathologique; il signala au chapitre de bactériologie l'observation d'un tuberculeux chez lequel il trouva, à l'autopsie, des bacilles de Koch dans la bile. Il communiqua d'ailleurs ce cas, en collaboration avec Hanot [34-35], aux Congrès de la tuberculose de 1891 et de 1901.

Nous reproduirons cette observation plus loin.

En 1895, Czerny [17] publia le cas d'une femme porteuse, depuis six mois, d'une fistule abdominale qui suivit l'incision d'un abcès de cette région. En curettant le trajet de cette fistule, il constata qu'elle donnait accès dans la vésicule biliaire et que cette affection était de nature tuberculeuse. Cette observation sera reproduite également par nous, malgré l'affirmation de certains auteurs, et en particulier de Mignot [54], qui doutent de la nature tuberculeuse de cette cholécystite.

Sergent [68], en 1895, dans sa thèse sur *Les tubercules et cavernes biliaires chez l'enfant*, déclare que « la tuberculose des voies biliaires extrahépatiques est exceptionnelle », et il ajoute : « Lancereaux a signalé un exemple remarquable de tuberculose de la vésicule biliaire; les *Bulletins de la Société anatomique* en renferment plusieurs cas. Je n'en ai pour ma part, pas plus que Sabourin ou Pilliet [59], rencontré un seul cas chez l'homme. J'aurai l'occasion de revenir sur ce point au chapitre des recherches expérimentales.

Nous avons emprunté à cet auteur une de ses expériences de tuberculisation des voies biliaires chez les animaux, dans laquelle les lésions tuberculeuses de la vésicule biliaire étaient nettement constatées.

En 1896, Mignot [54], dans son travail, dit à propos de la cholécystite tuberculeuse : « Cette cholécystite est peu connue. Sergent, Gilbert et Claude [32] ont surtout étudié les angiocholites tuberculeuses. Le cas de Riedel est douteux, celui de

Czerny n'est pas plus démontré. Le seul fait certain est qu'il s'agissait les deux fois de cholécystites caséuses. »

Schmidt [66], en 1896, publia une observation de lithiase vésiculaire avec cholécystite tuberculeuse. Nous n'avons malheureusement pas pu prendre connaissance de ce travail, mais nous l'avons retrouvé dans les cas de tuberculose de la vésicule biliaire mentionnés dans le travail de Simmonds [74] dont nous parlerons plus loin.

En 1897, Sergent [70] publia un travail sur le bacille de Koch et la bile dans lequel il déclare la mise en évidence du bacille dans la bile aussi simple et réalisable avec les mêmes méthodes que dans les autres milieux. Il mentionne aussi que la culture du microbe dans la bile, même pendant plusieurs mois, n'atténue pas sa virulence. Il préconise enfin, pour la recherche du bacille, non l'examen direct, long et fastidieux, mais l'inoculation aux cobayes.

Jacobson [38], dans sa thèse, en 1897, ne mentionne aucune lésion tuberculeuse de la vésicule biliaire chez l'enfant.

En 1901, Thorel [78], dans son travail sur les fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire, dit quelques mots des lésions tuberculeuses de la vésicule, mais il les classe uniquement dans les cholécystites primitives non calculeuses. « Dans le groupe des cholécystites primitives, écrit-il, rentrent les localisations de la tuberculose au niveau de l'arbre biliaire, ou plus particulièrement de la vésicule. »

Braquehay [10] publia la même année une observation de cholécystite calculeuse avec tuberculose de la vésicule, diagnostiquée à l'examen microscopique par M. le professeur Sabrazès, traitée par la cholécystectomie avec un résultat parfait. Il insiste surtout dans son travail, le meilleur jusqu'à cette date, sur le traitement de choix, la cholécystectomie, et sur les éléments qui peuvent aiguiller le diagnostic vers la cholécystite tuberculeuse.

L'examen anatomo-pathologique fait par M. le professeur Sabrazès montre nettement les éléments qui peuvent aider dans le diagnostic anatomo-pathologique de cette affection.

Nous avons d'ailleurs reproduit l'observation de cet auteur

pour la publier ici et montrer la valeur de cette étude par rapport à celles parues antérieurement.

Kisch [40] publia, en 1902, une observation de cholélithiase avec cholécystite tuberculeuse chronique.

Il y avait une caséification étendue de la paroi vésiculaire avec extension du processus de caséification au foie et perforation du côlon transverse. Le canal cystique était obstrué par un calcul.

En 1905, Beitzke [5] fit un travail sur la question et publia une nouvelle observation que nous insérerons ici. Il rappelle l'observation de Kisch, ainsi que les résultats obtenus par Fraenkel et Krause [36] qui, dans l'inoculation aux cobayes de bile de sujets tuberculeux, ont eu 5 cas positifs sur 11. Il cite également le travail de Kaufmann, où il est dit que l'effritement des tubercules forme, dans la vésicule biliaire, des ulcères ronds ou quelquefois étoilés qui peuvent donner lieu à des perforations et que la présence d'un calcul vésiculaire ou d'une cholécystite banale peuvent être le point de départ d'une localisation de la tuberculose sur la vésicule au cours de poussées de bacillémie tuberculeuse. L'observation nouvelle présentée par Beitzke en est d'ailleurs un frappant exemple.

Voici un cas où cliniquement on pouvait soupçonner la tuberculose de la vésicule ; histologiquement, cette supposition ne fut pas confirmée.

Holmes-Bayard [36], en 1906, fit paraître une observation de péritonite tuberculeuse avec énorme dilatation de la vésicule.

On constatait un gros épanchement ascitique libre que l'auteur attribua à une compression de la veine porte par la vésicule distendue. Il pratiqua une cholécystectomie ; l'examen anatomopathologique de la vésicule n'y révéla pas, contrairement aux prévisions, de tuberculose. Le malade mourut cinq semaines plus tard de tuberculose miliaire généralisée et de péritonite. L'auteur estime que l'intervention a été la cause de la dissémination des bacilles.

En 1907, Knotte [41], dans sa thèse, relate le cas d'un malade mort de tuberculose généralisée chez lequel une cholécystite

chronique non calculeuse avait provoqué une localisation tuberculeuse dans les parois de la vésicule.

Simmonds [74] publia, en 1908, un travail important dans lequel il ne cite que des observations allemandes.

Il y ajoute une observation personnelle que nous reproduisons. Il s'agit d'une localisation vésiculaire au cours d'une tuberculose miliaire aiguë généralisée chez un enfant de 9 mois. Il conclut en établissant un parallélisme entre la localisation vésiculaire au cours d'une tuberculose localisée du foie et l'infection possible du bassinet au cours des tuberculoses localisées du rein, l'apport de bacilles par la voie biliaire lui paraissant la seule voie raisonnablement possible, ce qui est discutable. D'après lui, la tuberculose de la vésicule peut se présenter sous deux formes : une forme ulcéreuse chronique, une forme scléreuse avec nécrose circonscrite qui s'observerait au cours des tuberculoses aiguës.

En 1910, Galabru [28] consacra sa thèse à la tuberculose de la vésicule biliaire et présenta deux observations inédites de cholécystite tuberculeuse avec cholélithiase. Il communiqua également les mêmes observations au Congrès de la tuberculose [29] de la même année.

Tedenat [77] présenta également ces cas au Congrès de chirurgie de 1910 en y ajoutant une troisième observation de cholécystite calculeuse avec infection tuberculeuse. Ces trois sujets ont été cholécystectomisés par M. Tedenat; il compte 1 guérison et 2 morts. Nous publions intégralement ces observations ici.

Au même Congrès de chirurgie, Berthomier [7] communiqua 1 cas de péritonite tuberculeuse chronique avec lithiase biliaire. Une cholécystectomie fut faite qui amena la guérison. Malheureusement, aucun examen anatomo-pathologique de la vésicule n'a été fait. Il aurait été intéressant, cependant, de savoir si le processus tuberculeux avait envahi la vésicule. Latronche [47] publia, en 1911, un travail assez complet sur la question et y ajouta un cas opéré dans le service de M. le professeur Chavannaz et que nous reproduisons.

Cette observation est assez comparable à celles publiées par Tedenat et Galabru, mais, dans ce cas, étant donné l'état de maigreur et de faiblesse de la malade, il fut, avec un sens clinique et une prudence louables, pratiqué une cholécystostomie avec prélèvement d'un fragment de vésicule et d'épiploon aux fins d'examen histologique. M. le professeur Chavannaz, pièces en main, pensait à un cancer. Le résultat de l'examen de M. le professeur Sabrazès fut : cholécystite tuberculeuse. La malade guérit, mais garda une fistule.

En 1918, Barloro Olivieri [2] publia une observation que nous n'avons malheureusement pas pu retrouver. Il s'agissait d'un cas de cholécystite tuberculeuse.

Oberling [58], en 1920, présenta à la Société anatomique de Paris une observation de tuberculose des canaux biliaires qui suivit une infection pleuro-pulmonaire de même nature.

Les microbes auraient gagné le foie au moyen des canaux lymphatiques qui traversent le diaphragme. Il est regrettable que l'auteur ne mentionne rien au sujet de la vésicule qui aurait pu dans ce cas, selon la théorie de Simmonds [74] être infectée.

F. Rankin et M. Massie [60] donnèrent, en 1926, un travail très complet, et après avoir étudié l'historique de la question, y ajoutent une observation. Il s'agissait d'une femme tuberculeuse pulmonaire qui fut cholécystostomisée pour tuberculose de la vésicule et présenta ensuite une péritonite tuberculeuse. Nous avons emprunté pour la reproduire plus loin cette observation.

En 1927, Chiray et Pavel ont publié un volume sur la vésicule biliaire. On y trouve une étude succincte de la tuberculose de la vésicule.

Berkeley-Moynihan [6], de Leeds, communiqua, en 1928, à la Société des chirurgiens de Paris, un travail très instructif sur les infections de la vésicule biliaire. La question est envisagée à un point de vue très général. Nous reviendrons sur ce travail à notre chapitre « pathogénie ».

En 1928, notre maître, le professeur Sabrazès, a publié, en

collaboration avec le docteur Torlais, une étude sur le pemphigus. Dans une des observations de ce travail, relative à un pemphigus aigu, fébrile, on trouva à l'autopsie des lésions infectieuses du foie, une pyélonéphrite et une tuberculose des plus nettes, avec foyers de caséification, follicules tuberculeux, nombreuses cellules de Langhans, de la vésicule biliaire en même temps qu'une lithiase. Il y avait dans ses antécédents familiaux de nombreux cas de tuberculose. Sabrazès et Torlais ont publié une microphotographie qui reproduit ces lésions.

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

La cholécystite tuberculeuse est due à l'infection de la vésicule par le bacille de Koch.

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de reproduire ici l'opinion émise par Chiray et Pavel [14] dans leur ouvrage si documenté sur la vésicule biliaire.

La pathogénie n'est pas univoque et plusieurs modes de contamination peuvent être réalisés. Il faut également songer, dans les cas où l'infection de la vésicule est la première manifestation tuberculeuse observée sur le sujet, au fait que l'origine digestive de la tuberculose a été l'objet de travaux assez importants et de résultats assez probants pour être prise en considération.

Les voies à envisager sont, pour les canaux et la vésicule biliaire, l'infection canaliculaire ascendante, qui semble toutefois bien improbable pour le bacille de Koch, bactérie immobile dans sa coque cireuse. L'infection descendante, c'est-à-dire venant du foie avec le flux biliaire, est bien plus importante, surtout depuis les travaux qui ont mis en lumière le foie comme agent d'élimination des bacilles tuberculeux. Mais dans ce cas, la muqueuse de la vésicule ne sera pas infectée si elle est saine, mais la présence d'un calcul ou d'une atteinte antérieure de cholécystite banale pourra suffire pour permettre à l'infection de se produire.

La voie hématogène réalise deux modes ou cycles d'infection. Le cycle à court rayon s'applique à la cholécystite d'origine intestinale, les agents pathogènes gagnant le foie par la veine porte et suivant la voie biliaire descendante pour infecter la vésicule.

Le cycle à grand rayon est réalisé au cours des septicémies où la pullulation des bacilles est énorme. Les germes sont apportés à la vésicule par l'artère cystique et proviennent d'un foyer tuberculeux antérieur en date ou d'une inoculation massive. C'est ce qui se réalise au cours de la tuberculose miliaire aiguë généralisée.

La voie lymphatique peut aussi être empruntée et le cas présenté par Oberling [58] à la Société anatomique en est un bel exemple.

Inoculation du foie par un foyer évolutif du sommet droit, les germes ayant suivi les lymphatiques et traversé le diaphragme. L'inoculation de la vésicule peut se faire par l'intermédiaire des lymphatiques, puisque, par l'épiploon gastro-hépatique, il y a communication entre les lymphatiques du foie et ceux de la vésicule.

L'infection par contiguïté se réalisera au cours d'une péritonite tuberculeuse (Latronche [47]), à moins que ce ne soit par les lymphatiques du péritoine que l'inoculation se fasse.

On voit par là que la pathogénie est variée et bien souvent il est très difficile de savoir par quelle voie s'est faite l'infection. Cependant, pour les cholécystites tuberculeuses chroniques, c'est par la voie hématogène à court cycle que l'infection se produira, à moins qu'il n'y ait un foyer tuberculeux antérieur et dans ce cas une décharge de bacilles dans la circulation réalisera l'infection par voie biliaire descendante qui, à notre avis, est la plus fréquente.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie n'offre le plus souvent rien de caractéristique.

Le signe le plus constant est une douleur tantôt fixe et rebelle, tantôt vague et profonde dans le flanc droit, survenant ou s'exagérant après le repas, mais beaucoup de ces malades (70 p. 100) étant lithiasiques biliaires, cette douleur et le signe de Murphy peuvent tenir à la présence de calculs vésiculaires. La constipation est également assez fréquente. L'ictère est rare (Tedenat, Obs. III). La fièvre et les vomissements sont rares également. A l'examen, on trouve dans l'hypocondre droit une tumeur de volume variable, mobile, rénitente, dure, douloureuse à la pression, mate à la percussion, suivant les mouvements du diaphragme : tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant (Czerny); tumeur du volume d'une belle mandarine (cas de Braquehayc, dans lequel M. Sabrazès diagnostiqua une cholécystite tuberculeuse à forme hypertrophique); tumeur se perdant sous les fausses côtes, arrivant en bas à la ligne qui réunit les deux épines iliaques antéro-supérieures (Tedenat, Obs. II); dans l'hypocondre droit, on trouve une tumeur arrondie, de consistance dure, assez mobile, du volume d'un œuf de dinde (Latronche).

La marche de la maladie est tantôt très lente (quinze ans dans l'observation III de Tedenat), tantôt d'une durée de près d'une année (Tedenat, Obs. II) et peut même, dans certaines circonstances, évoluer avec une rapidité surprenante en un mois.

Les complications observées ont été la formation d'un abcès ou même d'un phlegmon biliaire, avec ouverture à la paroi et consécutivement l'établissement d'une fistule (Czerny), ainsi que la perforation de la vésicule avec formation d'abcès superficiel dans le flanc droit.

On pourra aussi observer la généralisation de l'infection tuberculeuse (Lancereaux) ou la production d'une péritonite.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic n'a jamais été fait avant l'intervention, et même au cours de l'opération, le chirurgien a commis des erreurs. Le diagnostic qui a été porté dans la plupart des cas était cholécystite, cholécystite calculeuse. Cependant Braquehayé crut à un kyste hydatique du foie, Tedenat (Obs. I) pensa à une tumeur de la vésicule ou (Obs. II) à une tumeur rénale, Rankin et Massie croyaient avoir affaire à un ulcère perforé du duodénum.

Pendant l'opération, Riedel crut à un sarcome, Braquehayé et M. le professeur Chavannaz prirent une vésicule tuberculeuse pour un cancer, et c'est M. Sabrazès qui put affirmer le diagnostic de cholécystite tuberculeuse au microscope. L'épaississement considérable des parois de la vésicule, leur dureté, les adhérences intimes qui l'unissent aux organes voisins, et surtout les ganglions indurés du col sont autant de raisons qui rendent le diagnostic difficile avec le cancer, car, comme l'a montré M. Sabrazès dans ses examens, il s'agit souvent d'une tuberculose hypertrophiante.

Rappelons que dans l'expérience de Sergent [68], que nous rapportons plus loin, la vésicule biliaire, manifestement tuberculeuse, ne portait macroscopiquement aucune lésion d'apparence bacillaire. Ceci vient confirmer ce que nous avons avancé dans notre introduction, à savoir que la tuberculose de la vésicule biliaire n'est peut-être pas aussi exceptionnelle que ce qu'on a bien voulu le dire jusqu'ici.

L'examen anatomo-pathologique pour affirmer le diagnostic doit, d'après M. Sabrazès, primer l'inoculation de la bile, car

chez un tuberculeux la bile peut être bacillifère et tuberculiser l'animal inoculé sans que forcément la vésicule soit tuberculisée.

Au point de vue anatomo-pathologique, rien ne ressemble dans l'immense littérature des cholécystites infectieuses, calculeuses ou non, au tableau microscopique de la tuberculose de la vésicule biliaire. Cependant, la présence d'inclusions lipoïdiques ou d'un petit calcul logé dans la profondeur d'un diverticule de la muqueuse peut donner lieu peut-être, comme le pense M. Sabrazès, mais sans que l'on ait pu en obtenir la preuve dans les examens de nombreux cas de vésicules fraises (infiltrées de lipoïdes) qui ont été pratiqués dans le laboratoire de M. le professeur Gosset par le docteur Yvan Bertrand, à la production de cellules géantes. Il faudrait donc pouvoir mettre en évidence les bacilles, mais la fixation au Bouin est relativement peu favorable à cette recherche. La vésicule enlevée devrait être fixée en partie au Bouin et en partie au formol ou à l'alcool pour satisfaire aux conditions des deux examens qu'il y a lieu de faire : structure histologique et recherche des bacilles. Il faudrait également faire des inoculations de fragments de vésicule en évitant d'inoculer de la bile si le malade est tuberculeux, on ferait ainsi la preuve que l'infection tuberculeuse a véritablement gagné la vésicule.

De nouvelles recherches faites en partant de ces données donneraient un jour nouveau à la question et éviteraient les doutes sur l'exactitude des observations.

TRAITEMENT

Le seul traitement rationnel de la cholécystite tuberculeuse est la cholécystectomie. Elle a été pratiquée six fois, à notre connaissance, par Braquehay, Tedenat dans ses 3 observations et dans les 2 observations inédites que nous publions. Les résultats ont été 4 guérisons et 2 morts (Tedenat, Obs. II et III). Dans les 2 cas malheureux, les malades étaient très faibles et n'ont pu supporter le shock opératoire.

Dans un cas à peu près analogue, M. le professeur Chavannaz a pratiqué une cholécystostomie avec un résultat opératoire parfait (Latronche). Cette opération a été pratiquée également dans 3 autres cas par Riedel, Czerny, Rankin et Massie. Dans le cas de Czerny, il a été exécuté, en plus de la cholécystostomie, un curettage de la vésicule avec tamponnement à l'aide de gaze au chlorure de zinc.

Complications. — Les complications opératoires ont été nulles dans les cholécystectomies. Dans les cholécystostomies, il y eut 2 cas où la malade garda une fistule (Riedel-Latronche). Czerny déclare que la persistance d'une fistule après cholécystostomie doit faire penser à la tuberculose.

Une autre complication signalée par Rankin et Massie est la péritonite tuberculeuse qui suivit de peu la cholécystostomie. C'est la seule observation où cette complication soit mentionnée.

On n'opérera généralement pas les tuberculeux trop avancés, littéralement cachectiques, chez lesquels on pourrait soupçonner une tuberculose vésiculaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

LANCEREUX [44], *Atlas d'anatomie pathologique*, 1866, p. 70.

Tuberculose des voies biliaires.

H..., journalière, âgée de 32 ans, est admise à l'Hôtel-Dieu le 21 février 1866. Femme d'un embonpoint prononcé, elle accuse dans la région de l'hypocondre droit une sensation douloureuse qui daterait déjà de quelque temps. Depuis cette époque aussi, elle a perdu son embonpoint et son teint a pâli; la palpation, au niveau du bord costal droit, donne lieu à la sensation d'une saillie ou tumeur mal délimitée, à une sorte d'empâtement profond qui conduit à diagnostiquer une affection chronique du foie, sans plus grandes précisions. D'ailleurs, il existe une teinte subictérique qui s'accroît les jours suivants et finit par un véritable ictère. Il y a en même temps de la toux, une faiblesse très grande qui augmente jusqu'au 1^{er} mars où la mort a lieu.

Autopsie. — Le tissu cellulaire adipeux est partout abondant. Aux sommets des deux poumons, il existe des fronçures, de légères rétractions et quelques granulations tuberculeuses; un certain nombre de ganglions bronchiques sont caséeux, le cœur est chargé de pelotons graisseux à sa base, mais d'ailleurs pas altéré. Dans l'abdomen, le foie déborde un peu les côtes; la vésicule n'existe plus car ses parois sont transformées en un magma caséeux qui cède sous le doigt et laisse voir profondément le parenchyme glandulaire. Le canal cystique, qui a subi la même transformation, est bouché au voisinage de la vésicule; plus loin, il est considérablement rétréci par l'hypertrophie de ses parois. Le canal cholédoque

est également rétréci, et il est devenu le siège de quelques granulations tuberculeuses. Les canaux hépatiques, dilatés, ne présentent pas de tubercules, du moins à leur surface interne; à leurs extrémités, leurs parois sont encore épaissies et ils renferment une bile verdâtre.

Il existe à peine quelques granulations dans l'épaisseur du foie dont les cellules sont abondamment pourvues de graisse.

La rate a 15 centimètres de hauteur, elle est parsemée de fines granulations à la surface de sa capsule, son parenchyme est grisâtre, affecté de dégénérescence amyloïde. Les ganglions mésentériques sont plus volumineux, mais du reste peu lésés; un certain nombre de ganglions iliaques du côté droit sont transformés en masses caséeuses. Le pubis du même côté est nécrosé et le ligament symphysaire profondément altéré, ainsi que les tendons des muscles grands droits. Les reins et les intestins sont peu malades.

Toutefois, comme il n'a pas été fait un examen approfondi de ces organes, on ne peut dire s'ils sont atteints de dégénérescence amyloïde,

OBSERVATION II

Rapportée par Ernest GAUCHER [30] à la Société anatomique de Paris, juin 1879, *Compte rendu*, p. 547.

Un enfant de 3 ans, très chétif, entre, le 31 mars 1879, à l'Hôpital des Enfants, dans le service de M. le docteur Archambault (Salle Saint-Louis, n° 6).

Il tousse depuis six semaines environ, il a de la diarrhée, il est maigre et cachectique au dernier degré. A l'examen physique de la poitrine, on trouve des râles sous-crépitaux très nombreux des deux côtés, surtout au sommet, où ils feraient croire à un véritable gargouillement cavitaire. A ce niveau, il existe aussi un peu de souffle et de submatité. Cet enfant reste à peu près dans le même état, avec de la fièvre hectique tous les soirs et s'affaiblissant de jour en jour jusqu'au 12 avril où il succombe.

A l'autopsie, on trouve les ganglions du médiastin très volumineux, quelques-uns gros comme une noix, tous caséeux avec une petite caverne au centre.

Dans le foie, la lésion tuberculeuse présente une localisation très précise autour des voies biliaires. Celles-ci sont dilatées en ampoule de place en place et les dilatations renferment un amas de boue biliaire verdâtre. L'aspect général du foie sur une coupe est semblable à celui qui figurait dans l'*Atlas d'anatomie pathologique* de Cruveilhier [46].

Il est remarquable que les tubercules se soient exclusivement développés dans la paroi des vaisseaux biliaires, depuis les ramifications de petit diamètre jusqu'au canal cholédoque et à la vésicule qui renferme dans son épaisseur une masse tuberculeuse grosse comme une noisette.

OBSERVATION III (résumée).

LÉTIENNE [50], thèse de Paris, 1891.

HANOT et LÉTIENNE, Congrès de la tuberculose, 1891-1901.

Homme de 43 ans, entré, le 15 avril 1891, dans le service de M. Hanot, à l'Hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, n° 17. Pas d'observation clinique suivie. Troubles psychiques. Mort quelques jours après son entrée, le 23 avril.

Autopsie (résumée). — Grosses cavernes sous-pleurales. Le foie pèse 1,960 grammes, légèrement jaunâtre. Quelques ulcérations intestinales tuberculeuses.

Examen histologique et bactériologique. — Foie : Topographie hépatique normale. Quelques cellules à la périphérie et au centre des lobules. Rares tubercules au voisinage des espaces des portes.

Bile : Prélevée trente-cinq minutes après la mort. Pas de micro-organismes dans les préparations de bile brute. Les préparations au Ziehl (décoloration par acide, etc.) montrent, colorés en rouge, au niveau des lambeaux épithéliaux, quelques bacilles grêles semblables au bacille de Koch.

OBSERVATION IV

CZERNY-NERMANN [17], citée par LONGUET, *in* thèse Paris, 1896; par THOREL, *in* thèse Paris, 1901, avec ce titre : « Cholécystite tuberculeuse avec fistule », et par GALABRU, thèse Montpellier, 1910.

Femme de 44 ans, briquetière, tuberculeuse avancée.

Début depuis six mois. Abscess de la paroi abdominale, du côté droit, qui fut incisé par un médecin et donna beaucoup de pus. Depuis, persistance d'une fistule, pas de douleurs hépatiques.

État : Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant en connexion avec le foie, qui atteint par son extrémité convexe la ligne de l'ombilic et de l'hypogastre.

La peau n'est adhérente à la paroi qu'au niveau de la fistule qui sécrète du pus en abondance.

Opération (18 septembre 1891). — Une fente verticale de la fistule conduit librement dans une cavité granuleuse sous-jacente de laquelle un trajet fistuleux conduit dans la grosse tumeur, mais sans admettre la sonde jusque-là. Incision de ce trajet jusqu'au voisinage de la première fistule. Après l'évacuation de deux cuillerées de pus caséeux, on arrive dans une cavité sous-jacente, connexe, ressemblant à la vésicule par sa forme, et dont les parois sont épaissies et enflammées.

Curettage des granulations. Tamponnement avec la gaze au chlorure de zinc au dixième. Guérison. La malade garda une fistule pendant un an.

OBSERVATION V

J. BRAQUEHAYE [10], examen anatomo-pathologique
du professeur SABRAZÈS.

Je suis appelé par le docteur Gary à voir en consultation M^{me} M..., 41 ans, atteinte d'une tumeur de l'hypocondre droit qui est le siège d'une douleur fixe et rebelle. Elle s'en est aperçue il y a quelques mois, à l'occasion d'une grossesse. Ses antécédents sont bons. Jamais de maladies graves. Son mari est syphilitique et elle-même a accouché d'un fœtus mort à sa première grossesse. Digestions bonnes

malgré un dégoût assez vif pour la viande. Pas d'infection intestinale, jamais d'ictère, d'ascite, ni de coliques hépatiques.

A l'examen, voussure manifeste dans l'hypocondre droit. Au palper, on sent une tumeur du volume d'une belle mandarine, mobile, rénitente, dure, douloureuse à la pression, mate à la percussion. Elle suit les mouvements du diaphragme. En présence de cette tumeur, qui a évolué sans troubler l'état général, sans crises douloureuses, sans ascite ni ictère, je portai le diagnostic de kyste hydatique du foie, et je proposai une opération qui fut acceptée par la malade.

Je l'opérai dans mon service d'hôpital, le 25 avril, assisté du docteur Gary et de mon interne, M. Wiehn.

Incision sur le bord externe du grand droit. La tumeur, formée par la vésicule, paraît solide, lardacée, et adhère à la paroi, au foie, au côlon, et au duodénum, infiltrant ces organes. Je crus à un cancer de la vésicule et je commençai la dissection de la tumeur. Cette dissection fut si pénible que je me demandai un moment si je n'allais pas refermer le ventre. Néanmoins, je continuai. Sur le côlon transverse, j'enlevai la paroi externe de cet intestin, jusqu'à la muqueuse, dans la partie adhérente, et je suturai la brèche au catgut fin; sur le foie, je plaçai deux longues pinces se rejoignant en arrière par leur pointe et j'enlevai un triangle de tissu hépatique mesurant 10 centimètres de côté; sur la paroi, j'enlevai l'aponévrose profonde au delà des adhérences; je détachai assez facilement le duodénum.

Dès lors, la dissection en profondeur devint plus facile.

Au niveau du col de la vésicule, l'induration cessait et le cystique paraissait sain. J'isolai au delà du mal. Je liai le cystique au catgut et, après avoir mis une pince à forcipressure sur le col de la vésicule, je sectionnai le pédicule au thermocautère. Une pointe de feu sur le moignon dans la lumière du cystique; suture au catgut de la tranche de foie sectionnée. Après toilette du ventre, je suturai les deux extrémités de l'incision et laissai le milieu ouvert avec un drainage à la Mikulicz. Pansement aseptique.

A l'incision, la tumeur, en forme de poire, avait des parois très épaisses (plus de 1 centimètre). La cavité, très réduite, contenait du

pus d'aspect tuberculeux, caséeux, ainsi qu'un calcul mûriforme du volume d'une petite noisette. La muqueuse offrait des ulcérations rougeâtres se détachant sur un fond couleur feuille morte.

Mon diagnostic devint alors cholécystite tuberculeuse, et c'est avec cette étiquette que je présentai la pièce, quelques jours après, à mes collègues de la Société médicale de Tunis.

L'examen histologique fait par mon ami le professeur Sabrazès, de Bordeaux, vint corroborer cette opinion. La vésicule, considérablement épaissie, montrait dans ses diverses couches des follicules tuberculeux groupés en tubercules avec cellules géantes de Langhans, cellules épithélioïdes, nappes de lymphocytes et de plasmocytes. Ces tubercules étaient conglomérés. Une réaction fibreuse assez marquée donnait à la paroi une consistance ferme.

Les suites opératoires ont été très bonnes. La température ne dépassa 37 degrés que le soir du quatrième jour, parce que j'avais enlevé le drain trop tôt. Le drain fut remis à la contre-visite et le lendemain la température devenait normale.

Les fils furent enlevés le douzième jour, et la malade quittait l'hôpital le 3 juin, guérie depuis plusieurs jours déjà.

Nous avons eu des nouvelles de la malade au moment de rédiger cette observation. Sa guérison s'est maintenue parfaite.

OBSERVATION VI

BEITZKE [5], *Institut pathologique de Berlin*, 1905, t. XVI, p. 106.

Il s'agit d'un homme de 57 ans, mort de méningite tuberculeuse et de tuberculose miliaire généralisée dont le point de départ fut probablement le testicule gauche, la prostate et le cordon qui se montraient très caséifiés à l'autopsie, alors que l'on ne pouvait mettre en évidence de solution de continuité dans les ganglions bronchiques et médiastinaux calcifiés. On trouva encore au sommet du poumon droit quelques tractus fibreux, dans l'intestin quelques ulcérations et, en plus, l'affection vésiculaire dont nous nous occuperons ici.

La vésicule biliaire était grosse comme un œuf d'oie, luisante,

blanchâtre, dilatée, et donna issue quand on l'ouvrit à un liquide jaune verdâtre puriforme. Dans la partie initiale du canal cystique se trouvait un calcul pigmenté, gros comme une cerise, dur, qui le fermait hermétiquement. La paroi de la vésicule avait une épaisseur de plusieurs millimètres, la muqueuse était couverte de petits nodules gris et gris jaunâtre, gros comme des grains de chanvre qui lui donnaient un aspect chagriné. Seules quelques plages de la grosseur d'une lentille en étaient dépourvues; mais dans ces endroits la muqueuse avait perdu complètement son aspect velouté; elle était polie, ou bien recouverte de petites rides fines de couleur grise. Il n'y avait nulle part d'imbibition biliaire. A l'examen microscopique, la muqueuse était complètement détruite, déjà cadavérisée. Les granulations infiltraient toute la sous-muqueuse et pénétraient profondément dans la musculuse qu'elles interrompaient par place. L'épaississement de la paroi était dû surtout à la sous-muqueuse qui en occupait les deux tiers. On y trouvait du tissu conjonctif fibreux non encore attaqué par le processus tuberculeux. Le contenu de la vésicule biliaire était non du pus, mais se composait de masses muqueuses amorphes avec quelques cellules épithéliales, quelques leucocytes et quelques bacilles de Koch.

OBSERVATION VII

SIMMONDS [74], *Central Bl...*, 1908.

X..., enfant de 9 mois, mort de tuberculose miliaire aiguë. A l'autopsie, on trouva dans tous les organes des nodules et des abcès isolés dans l'iléon et le gros intestin. Les ganglions bronchiques et mésentériques étaient caséifiés. Dans le foie, on voyait, à côté de nombreux tubercules miliaires, plusieurs grosses nodosités qui étaient tantôt fermes et présentaient alors un centre coloré par la bile, tantôt étaient remplies de pus avec des petits fragments colorés par la bile, tantôt enfin contenaient des petites ampoules pleines de bile. Il y avait donc, à côté de la tuberculose miliaire du foie, une tuberculose des canalicules biliaires.

La vésicule était remplie à moitié de bile paraissant normale et dans laquelle la recherche des bacilles fut négative. Sur la muqueuse

qui par ailleurs paraissait normale, se trouvaient six foyers, gros comme des lentilles, à bords minces, plats, plus fortement teints par la bile. L'examen microscopique de ces foyers y montra une muqueuse nécrosée et entourée d'une zone granuleuse; bien qu'il n'y ait pas de cellules géantes, la nature tuberculeuse de ces foyers fut confirmée par la présence de bacilles de Koch entre le tissu nécrosé et la couche granuleuse, ainsi qu'à l'intérieur de cette dernière. D'autres coupes dans la paroi vésiculaire ne montrèrent pas de bacilles.

OBSERVATION VIII

TEDENAT [77]; GALABRU, Thèse de Montpellier, 1910.

Henriette D..., 33 ans. Père et mère bien portants. Un frère âgé de 43 ans a eu une hydarthrose du genou gauche soignée à 30 ans par M. Tedenat et bien guérie après un an de traitement (injections de glycérine iodoformée).

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, pendant quatre jours, sans leucorrhée. Mariée à 23 ans. Un accouchement à 26 ans. A nourri son enfant. Fièvre typhoïde peu grave à 19 ans. Santé générale bonne jusqu'à il y a quatre ans.

Il y a quatre ans, dans les premiers jours de juin 1899, douleurs subites dans le flanc droit, suivies de vomissements qui durèrent pendant une heure. Survenant deux heures après le repas, on accusa une indigestion. Depuis lors, vague douleur profonde survenant fréquemment (deux ou trois fois par semaine) après le repas, ordinairement peu vive et sourde, parfois donnant l'impression d'un coup de poignard. Cette douleur durait en moyenne dix minutes. Elle semblait plus pénible quand la malade était constipée et à l'époque des règles. De loin en loin, un vomissement après le repas et quelques hoquets.

L'état de la malade a peu varié pendant trois ans; deux saisons à Vichy, des laxatifs salins fréquents, régime lacté, purée de légumes, pâtes d'Italie, très peu de viande, qui était mal digérée.

Depuis huit mois, les douleurs sont continues, toujours plus vives après les repas, souvent accompagnées de soubresauts à l'épigastre, qui semblent être des spasmes du diaphragme.

Il y a six mois, le docteur Bermont a constaté la présence d'une tumeur sous le rebord costal, un peu au-dessus et à droite de l'ombilic. Cette tumeur augmente lentement de volume. Jamais d'ictère, jamais de troubles de l'urination, ni d'albumine dans l'urine, analysée à cinq reprises.

Le 5 mai 1903, la malade, vue en consultation par les docteurs Bermont et Tedenat, est dans l'état suivant : Notablement amaigrie, pâle, avec un peu de rougeur aux pommettes. Inappétence, malaise habituel, surtout après les repas où la douleur, plus vive pendant une ou deux heures, occupe le flanc droit, la région épigastrique, quelquefois la région dorsale. Vomissements de temps en temps. Constipation avec quelquefois des fausses membranes peu abondantes. Tumeur du volume d'un gros poing sur le rebord costal en dehors de l'ombilic, assez mobile, sensible à la pression, dure, avec de vagues bosselures.

Diagnostic. — Tumeur de la vésicule biliaire probablement calculuse.

Le docteur Bermont a constaté souvent, depuis six mois, des températures de 38-38°5 le soir et le pouls à 100. Il n'y a pas de toux, mais un peu de rudesse respiratoire au sommet gauche avec quelques rares craquements secs dans les grandes inspirations.

Rien au cœur. La rate paraît normale; la matité hépatique se confond avec celle de la tumeur et remonte à la 5^e côte. Estomac un peu dilaté. La malade demande une intervention.

Opération (15 mai). — Anesthésie au mélange A. C. E. (air, chloroforme, éther). Incision de Bévan. Adhérences à l'angle droit du côlon, au pylore, grisâtres, avec des points jaunes ayant tout l'aspect de granulations tuberculeuses. Elles sont lentement et minutieusement rompues et la vésicule est mise à nu, dure, avec des bosselures. A la ponction avec le gros trocart de Potain, rien ne coule. La vésicule est incisée : bouillie noirâtre, visqueuse, qu'il faut extraire avec la curette. Deux calculs noirs à facettes, du volume d'une grosse noisette. La paroi de la vésicule est dure, épaissie, bosselée. M. Tedenat croit à un cancer et procède à l'extirpation, qui est faite selon la technique habituelle. Quelques adhérences au foie dont une pellicule suit la vésicule, d'où suintement sanguin, d'ailleurs

peu abondant. Le cholédoque semble sain. Surjet du champ péritonéal de la vésicule. Drain de caoutchouc, flanqué de deux mèches de gaze. Suture de la paroi à deux étages, sauf au bas de l'incision par où sortent les drains.

20 mai : Opération bien supportée. Les gazes sont enlevées, le drain en caoutchouc est laissé en place. La température a varié entre 37 et 38°4, le pouls entre 80 et 110. État général bon, sans nausées, sans douleurs péritoniques. Des lavements salés sont donnés trois fois par jour à garder. Selle abondante le matin.

26 mai : Bon état. Réunion parfaite. Drain enlevé. La malade prend, depuis six jours environ, un litre de lait coupé d'eau de Vichy. Apyrexie, pas de ballonnement du ventre.

5 juin : Cicatrisation complète. Lait, purées bien digérés, sans la moindre douleur.

La malade quitte la clinique le 19 juin, se nourrissant bien, avec une santé générale très améliorée.

M. Tedenat l'a revue depuis lors à plusieurs reprises en bonne santé, la dernière fois en mars 1909. L'état de ses poumons, peu grave lors de l'opération, n'a pas changé ; les digestions sont bonnes, la constipation, sans être tenace, impose quelques soins.

Examen de la vésicule. — Les dimensions de la vésicule sont celles d'une main d'adulte dont les doigts seraient dans la position de tenue d'une plume à écrire : 14 centimètres du fond au collet, 22 centimètres de circonférence maximum. Parois épaissies de 2 à 3 centimètres suivant les points avec des nodules du volume d'un grain de maïs, d'une olive, interstitiels, faisant saillie sous la face péritonéale. La section faite au niveau de ces nodules y montre des foyers caséeux secs ou en bouillie jaunâtre puriforme ; presque tous s'ouvrent dans la cavité de la vésicule et leur orifice est environné par la muqueuse mollasse, épaissie et papillomateuse.

On compte une dizaine de nodules et, entre eux, à la face externe existent des granulations jaunes, comme il s'en trouvait sur les adhérences et dans l'épiploon.

L'examen microscopique n'a pas été fait, mais l'examen à l'œil nu ne laissait aucun doute sur la nature tuberculeuse des lésions.

OBSERVATION IX

GALABRU, thèse Montpellier, 1910; Tedenat, Congrès de chirurgie, 1910; GALABRU, Congrès de la tuberculose, 1910.

Tuberculose de la vésicule biliaire avec un gros calcul solitaire formant énorme tumeur. Absès autour de la vésicule perforée. Cholécystectomie. Mort.

Mélanie M..., 39 ans, de Sallèles-du-Bosc, entre, le 9 septembre 1909, dans le service de M. le professeur Tedenat, salle Paulet, 27.

Réglée à 13 ans régulièrement; huit accouchements faciles et sans complications; le dernier date de huit mois. La mère a nourri tous ses enfants.

Jamais de maladie grave bien que de constitution faible.

Il y a un mois, perte d'appétit, affaiblissement rapide, douleur vive dans le flanc droit, continue, avec des périodes d'exacerbation, plus vive après les repas; depuis une dizaine de jours, les douleurs sont un peu moindres. Depuis vingt jours, ne prend que du lait, digère lentement, mais sans vomissements. Pas de toux, pas de palpitations de cœur. Urine claire variant de 1.000 à 1.200 grammes, rendue en cinq ou six mictions, un peu d'albumine.

Au côté droit du ventre, tumeur se perdant en haut sous les fausses côtes, arrivant en bas à la ligne qui réunit les deux épines iliaques antéro-supérieures. Au-dessus, la tumeur arrive à deux travers de doigt de la ligne médiane. En arrière, elle fait saillie et donne le ballottement, avec contact postérieur des tumeurs rénales. La tumeur paraît solide, mate dans ses trois quarts supérieurs; en bas, sonorité cœlique; lisse dans sa totalité, sauf à la partie supéro-interne où existent quelques bosselures.

Sa matité se confond avec la matité du foie. Tumeur assez mobile.

Le diagnostic de tumeur rénale est posé bien qu'il n'y ait eu ni hématurie, ni urines purulentes. L'énorme volume de la tumeur, sa saillie en arrière, l'absence d'ictère ne sont guère en faveur d'une tumeur du cholécyste.

19 septembre : Anesthésie à l'éther. Incision postérieure pour

avoir accès sur le rein. On le trouve sain, fortement saillant sous la poussée de la tumeur qui adhère à sa face antérieure. Suture de l'incision.

Séance tenante, incision de Mayo. On tombe sur une masse épiploïque, indurée, adhérente, qui s'étend du rebord costal à la fosse iliaque droite. Cette masse est décollée de l'angle cœlique droit, du duodénum, du rein droit. On arrive alors sur la vésicule tuméfiée, à parois épaissies de 2 ou 3 centimètres suivant les points. Un calcul long de 4 centimètres, épais de 15 millimètres, sort de 1 centimètre par une perforation occupant la partie postéro-externe de la vésicule. Il s'écoule environ 50 grammes de pus situé dans la vésicule et au milieu des adhérences jaunâtres, dures. La vésicule est excisée avec une couche de tissu hépatique très adhérent, dur, gris jaune. Une suture en capiton au catgut iodé ferme la brèche qui saigne en nappe, mais peu. Deux ganglions durs sont enlevés au niveau du col de la vésicule. Drainage à la gaze. Suture de la paroi.

Toute l'opération a duré une demi-heure et est bien supportée malgré l'état de grande faiblesse de la malade très amaigrie. Injection de sérum additionné par litre de 4 grammes de chlorure de calcium.

La malade succombe le 22 décembre. L'examen clinique des poumons n'avait révélé qu'un peu de rudesse aux sommets. Du 19 au 22 septembre, le pouls varia de 100 à 120, la température de 37 à 38 degrés. L'autopsie fut refusée par la famille.

M. Tedenat croyait avoir affaire à un cancer de la vésicule.

L'examen histologique, fait au laboratoire du professeur Bosc, a donné les résultats suivants :

Les divers segments examinés montrent : 1° Un tissu hépatique en dégénérescence graisseuse très avancée et une infiltration embryonnaire noduleuse, au niveau de certains espaces de Kiernan élargis ; -

2° Une zone de prolifération conjonctive, scléreuse, en contact direct avec de petites traînées d'infiltration embryonnaire et une légère prolifération canaliculaire (biliaire) ;

3° A mesure qu'on s'avance vers la cavité de la vésicule, on constate une couche très épaisse de tissu fibreux de plus en plus infiltré

par des amas périvasculaires réunis les uns aux autres par des traînées de cellules rondes.

Enfin, les foyers se réunissent en un large placard formé d'un tissu embryonnaire provenant de vaisseaux de nouvelle formation, fort atteints d'endo-périvascularite. Les nappes de cellules rondes présentent de place en place des amas de cellules plus volumineuses, du type épithélioïde avec une ou plusieurs cellules géantes bien caractérisées. On constate aussi des formations folliculaires typiques; mais, le plus souvent, il s'agit d'une infiltration de cellules rondes parsemées de cellules géantes sans follicule apparent.

A mesure que l'on s'approche de la cavité de la vésicule, les cellules rondes augmentent de volume, se vacuolisent et dégénèrent dans la cavité à bords irréguliers et comme effilochés.

Il s'agit d'une tuberculose de la vésicule biliaire. L'examen bactériologique pratiqué sur les mêmes coupes a décelé la présence de quelques rares bacilles de Koch. Les lésions tuberculeuses paraissent être de date relativement ancienne.

OBSERVATION IX

TEDENAT [77].

Grosse vésicule noduleuse à parois épaisses parsemées de nodules jaunes, probablement tuberculeux. Un gros calcul. Cholécystectomie. Mort.

M^{me} G..., 49 ans, de Perpignan. Depuis quinze ans, ictère intense, mais d'intensité changeante. Troubles digestifs, vagues douleurs dans la région de la vésicule, sans jamais vraies coliques hépatiques.

En mars 1902, je conseillai un traitement par le salicylate de soude et si, après quelques semaines, une amélioration notable ne s'était pas produite, une opération.

Le traitement, suivi pendant un mois, ne donna aucun résultat; les laxatifs salins fréquents furent sans effet. Mais ne souffrant pas, se nourrissant de façon satisfaisante, malgré la lenteur des digestions et la constipation tenace, la malade ne revint me voir qu'au bout de huit ans. L'ictère avait persisté, de plus en plus intense, et

depuis cinq mois l'amaigrissement était devenu très marqué, des douleurs pénibles étaient survenues dans la région de la vésicule.

Donc, le 10 janvier 1910, j'opérai malgré l'état de faiblesse extrême de la malade.

Nombreuses adhérences entre la vésicule et le foie, le duodénum, le pylore, l'angle droit du côlon. Ilots saillants jaunes, quelques-uns purulents et caséeux.

Un gros calcul remplit la vésicule et aplatit le cholédoque dévié contre un paquet d'adhérences qui entourent le duodénum. Le calcul est enlevé; la vésicule excisée; il n'y a pas de calcul dans le cholédoque qui est libre. L'ictère tenait à sa déviation et à sa compression par le calcul.

Ganglions caséeux; tubercules disséminés sur le duodénum; ulcérations et semis de tubercules sur la muqueuse de la vésicule, à parois dures et épaissies.

La malade succomba quarante-huit heures après l'opération.

OBSERVATION XIX

Docteur A. LATRONCHE [47]. Examen anatomo-pathologique
de M. le professeur SABRAZÈS.

Il s'agit d'une malade, âgée de 48 ans, entrée, le 7 septembre 1907, dans le service de M. le professeur Chavannaz. Elle se plaint d'une augmentation de volume du ventre et elle aurait, dit-elle, constaté une grosseur dans le flanc droit.

Pas de douleurs depuis le début de sa maladie, qui remonte à six mois.

Elle a beaucoup maigri, pâli et perdu ses forces.

Nous nous trouvons en présence d'une femme extrêmement anémiée et fatiguée. Pas d'ictère. Ascite très considérable. Pas de circulation collatérale. Œdème très marqué des membres inférieurs.

Dans l'hypocondre droit, sur le bord externe du muscle droit, on trouve une tumeur arrondie, de consistance dure, assez mobile, pas douloureuse, du volume d'un œuf de dinde.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume.

Pas de fièvre.

Rien à l'auscultation des poumons.

Nous avons pratiqué l'ophtalmo-réaction ; elle a été négative.

A l'ouverture du ventre, pratiquée le 17 septembre 1907 par M. le professeur Chavannaz avec notre aide, on trouve la cavité péritonéale emplies par un liquide ascétique citrin très abondant. Le péritoine pariétal est épaissi et couvert de granulations grisâtres et rougeâtres.

La tumeur constatée dans l'hypocondre droit est formée par la vésicule augmentée de volume ; elle est violacée, irrégulière, d'aspect granuleux. A ce moment, l'idée d'un cancer se présente à notre esprit. Après protection du péritoine, la vésicule est ouverte ; elle renferme un gros calcul ovoïde et de la bile, mais pas de pus ni de débris caséeux.

Étant donnée la présence de cette ascite considérable, avec surtout la faiblesse extrême de la malade, on pratique rapidement la cholécystostomie, après avoir réséqué une partie de la paroi vésiculaire et du péritoine pariétal, à fin d'examen histologique.

Les suites opératoires furent tout à fait normales : la malade se rétablit promptement et complètement. Elle quitte l'hôpital, le 19 décembre 1907, avec une fistule biliaire.

La guérison s'est maintenue depuis, mais la fistule persiste ; cependant, l'écoulement de bile, très important au début, a beaucoup diminué, et cette malade peut se livrer sans gêne d'aucune sorte à ses travaux domestiques.

— *Examen anatomo-pathologique* (M. le professeur agrégé Sabrazès).

— La vésicule est considérablement épaissie. En allant de dehors en dedans, on trouve une séreuse épaissie, à vaisseaux dilatés, sièges d'hémorragies. Ce tissu est aussi traversé de nombreux lymphocytes et de rares mastzellen. On n'y voit pas de follicule tuberculeux net. Au-dessous, on voit par places des lésions caséuses portant sur les couches de fibres musculaires lisses ; les foyers caséux sont entrecoupés de travées lymphocystiques, d'accumulation de fibroblastes, et aussi, çà et là, plus profondément, de cellules géantes formées aux dépens des petits vaisseaux. Il y a des territoires où la caséification est totale, absolument comme dans un

gânglion caséeux. Cette paroi est désorientée. Le tissu conjonctif, ça et là, à fibres épaissies, cloisonne cette production tuberculeuse, qui se poursuit jusqu'au voisinage de la muqueuse.

OBSERVATION XI

F.-W. RANKIN et F.-M. MASSIE, *Annals of Surgery*, 1926, t. LXXXIII, p. 800, 806.

12 juillet 1921. Il s'agit d'une négresse de 38 ans qui vient consulter pour une masse douloureuse dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen.

Antécédents. — Pas de maladies de l'enfance; elle fut atteinte, il y a sept ans, de tuberculose pulmonaire qui, après un traitement de deux années a guéri complètement.

Histoire de la maladie. — Il y a cinq ans, l'affection actuelle débuta par des douleurs sourdes dans l'hypocondre droit.

Ces douleurs ont débuté la nuit et s'exagéraient après les repas. Depuis deux ans, les douleurs ont augmenté avec une irradiation en arrière et à droite. Il y a quinze jours, elle souffrit de la région vésiculaire et y constata une tumeur. Elle a eu un peu d'élévation de température vespérale, pas d'amaigrissement, pas de toux, pas d'expectoration, pas d'hémoptysie ni de sueurs nocturnes.

Examen. — Femme bien développée avec bon état général ne montrant actuellement aucun signe clinique de maladie aiguë ou chronique. Pas d'anémie, pas de subictère. Rien d'anormal au cœur ni aux poumons. L'abdomen est un peu distendu, avec défense de la paroi où l'on peut constater la présence, dans l'épigastre et l'hypocondre droit, d'une tumeur fixée, très fluctuante.

Température, 99° (F). Pouls, 88. Respiration, 20.

Sang : Globules blancs, 5.000. Neutrophiles, 70 p. 100.

Urines : Ni sucre, ni albumine.

Diagnostic. — Ulcère perforé du duodénum avec formation d'abcès.

Opération le 13 juillet 1921 par le docteur W. Barrow.

Incision rectiligne depuis le rebord costal droit jusqu'à 2 pouces au-dessous de l'ombilic. On trouve une masse adhérente au foie et à l'intestin grêle et contenant du liquide. Cette masse était constituée.

par la vésicule biliaire adhérente à la face inférieure du foie qu'elle avait creusée. La vésicule ouverte avait une profondeur de $\frac{3}{4}$ de pouce à 1 pouce et contenait du pus caséeux et mal lié, sans calcul. On prélève un fragment aux fins d'examen histologique. On place un drain de caoutchouc avec trois mèches de gaze. On suture la paroi.

La patiente quitte l'hôpital après une convalescence normale. La cicatrisation se fit sans fistule.

Examen anatomo-pathologique. — L'échantillon prélevé est un fragment de paroi et de matière caséuse provenant de la vésicule biliaire.

La paroi se montre encombrée de tissu conjonctif hyalin avec infiltration lympho et plasmocytaire très dense.

Par places, zones nécrosées recouvertes de cellules endothélioïdes et lymphoïdes avec quelques cellules géantes. Un point de la coupe montre quelques cellules ressemblant aux cellules hépatiques. Les coupes de matière caséuse les montrent constituées par des granulations sans éléments reconnaissables morphologiquement.

Diagnostic. — Cholécystite tuberculeuse. Le 20 août 1925, cette femme revient en observation. Elle s'était livrée à ses travaux habituels avec une amélioration satisfaisante de son état général. En janvier 1925, son abdomen augmenta de volume. Actuellement, elle se plaint d'avoir le souffle court et des palpitations quand elle marche. De temps à autre, elle a de l'œdème des membres inférieurs.

Examen physique. — Rien au cœur ni aux poumons.

L'abdomen présente une cicatrice dans la région vésiculaire; il proémine au-devant de la symphyse pubienne, la paroi en est flasque et on y décèle de l'ascite. Cavité pelvienne, périnée et col normaux, pas de déviation de l'utérus ni des annexes.

Examen des poumons aux rayons X négatif.

Le 24 août, opération (Rankin). Incision rectiligne au travers de l'ancienne cicatrice. On trouve de l'ascite libre. L'épiploon, la cavité pelvienne, les ligaments larges et le péritoine sont farcis de tubercules. Dans la région supérieure droite de l'abdomen, on trouve des adhérences épaisses autour de la vésicule que l'on ne peut atteindre qu'avec difficulté et qui se montre petite et rétractée. On ferme la

paroi sans drainer, après avoir prélevé un fragment d'épiploon. Convalescence normale, cicatrisation rapide.

Examen anatomo-pathologique. — Œdème du tissu conjonctif sans trace d'inflammation aiguë.

4 septembre 1925 : La malade doit suivre un traitement consistant en ponctions et applications de rayons X.

11 mars 1926 : La malade est améliorée après quatre applications de rayons et a été ponctionnée une dizaine de fois.

Cette observation est intéressante, car elle présente un exemple de complication rare à la suite de cholécystostomie pour cholécystite tuberculeuse. Nous n'avons pas trouvé d'autre observation où la péritonite ait suivi l'intervention.

D'après les auteurs, la vésicule biliaire aurait été la première infectée, la péritonite qui suivit dépendant de cette localisation primitive.

OBSERVATION XII

Professeur SABRAZÈS et M. TORLAIS [65].

Marie B..., âgée de 67 ans, rotineuse de chaises. Entre dans le service hospitalier de l'un de nous le 26 octobre 1903. Cette femme est malade depuis un mois et demi; elle a été prise en faisant son ménage, dit-elle, d'une démangeaison subite aux deux bras dont la peau devenait rouge et était le siège de violentes sensations de brûlure. C'est sur le fond érythémateux, uniformément rouge, qu'apparurent, quelques heures après, des bulles ayant le diamètre de pièces de 50 centimes à 1 franc, bulles contenant un liquide jaune clair.

Le docteur Frèche avait été consulté. Il prescrivit de l'extrait glycéro-ovarien, à prendre par cuillerées à café, une matin et soir; une cure de douches matinales, des applications de compresses calmantes.

De nouvelles bulles apparurent.

Au bout d'une dizaine de jours, il en existait sur les cuisses, les organes génitaux, dans la bouche. Elles avaient un tel volume qu'elles pendaient, disait la malade, comme des fruits sur un arbre.

L'éruption bulleuse était toujours précédée, notamment sur les cuisses, par une rougeur diffuse, que cette femme comparait à la couleur du homard cuit; par un prurit très violent, par de la fièvre et des frissons survenant vers 5 heures de l'après-midi.

Les antécédents de cette malade étaient très chargés. Mariée à 18 ans, elle avait souffert du ventre après un premier accouchement dont les suites pathologiques avaient duré un mois. Elle dut s'aliter pendant un temps indéterminé. Deux ans après, une deuxième grossesse se passa sans incidents.

Cinq ans après le premier accouchement, survinrent des manifestations de rhumatisme poly-articulaire fébrile. Signalons aussi une fausse couche au sixième mois. Le premier enfant est mort à 16 ans; le deuxième à 26 ans.

Une autre grossesse fut suivie d'un accouchement laborieux (présentation du dos). Des suites de couches pathologiques nécessitèrent le séjour à la chambre pendant plusieurs mois.

Le troisième enfant est mort à 36 ans d'une affection de « la poitrine et du cœur », nous dit la malade. Une autre enfant, une fille, a succombé à l'âge de 32 ans, à peu près dans les mêmes conditions, sans avoir présenté des œdèmes. Un dernier enfant est mort à 25 ans, au Tonkin, d'une fluxion de poitrine.

Après chaque grossesse, la malade avait eu des troubles vésicaux caractérisés par de la pollakiurie et par des douleurs.

Elle était soignée par notre regretté collègue, le professeur Venot, pour une pyélonéphrite calculense. Nous relevons encore, dans les commémoratifs « une fièvre muqueuse » à 47 ans, ayant duré deux mois.

Avant d'avoir été atteinte de pemphigus, cette femme se plaignait depuis quelque temps de démangeaisons à la face interne des cuisses. Elle avait des crampes dans les mollets; elle passait pour être très nerveuse.

Nous examinons cette femme le 25 novembre 1903.

Douée d'un certain embonpoint, elle a un visage haut en couleur, couvert de varicosités et de lésions d'acné rosacée. Ses lèvres ont un incarnat violacé. La langue est saburrale. Le pouls bat 104 fois à la minute. La température axillaire, d'après la courbe, dont nous résu-

mons les particularités, a dépassé 38°2 pendant trois jours, puis s'est stabilisée entre 36°4 et 37°4.

On note sur la lèvre inférieure, non loin des commissures, des ulcérations blanchâtres, superficielles, consécutives à des bulles flétries. Mêmes constatations dans la bouche et au niveau du cou. Sur tout le corps, particulièrement sur l'abdomen, on voit un grand nombre de bulles de pemphigus à tous les degrés d'évolution, généralement non confluentes, atteignant parfois la grosseur d'une demi-amande; on trouve aussi des régions croûteuses (sur les bras, par exemple). Dans l'intervalle des bulles, la peau est saine ou érythémateuse et prurigineuse. Aux membres inférieurs, la confluence et le volume des bulles sont tels que les téguments n'ont plus forme humaine; ils présentent une carapace croûteuse pouvant atteindre un demi-centimètre d'épaisseur. Ce pemphigus a là un caractère foliacé. Nous notons de l'œdème douloureux des jambes, la peau y est épaissie et très prurigineuse.

A l'examen des viscères, nous avons fait des constatations en rapport avec les données de l'autopsie. Pas de sucre, mais albuminurie marquée; pyurie polymicrobienne sans bacilles de Koch. Tous les traitements échouèrent. Une escarre à développement rapide emporta la malade. La température oscillait de 38 degrés à 38°2 dans les derniers temps.

Voici ce qu'a révélé l'autopsie le 15 mars 1904 :

Les téguments, surtout à la partie inférieure du corps, sont couverts de croûtes provenant de bulles flétries à tous les degrés. Les poumons sont congestionnés, œdémateux. Le droit, hépatisé à la base, pèse 620 grammes; le gauche, 470 grammes. Pas de lésions tuberculeuses en activité; pas de gros ganglions trachéo-bronchiques. On ne relève ni péricardite, ni myocardite, ni endocardite mitrale, ni aortite.

Le foie est assez ferme; il pèse 1.700 grammes.

La vésicule biliaire est à paroi épaisse, rétractée sur un gros calcul mûriforme. Elle contient de la boue biliaire.

La rate est petite (90 grammes), molle et pulpeuse.

Les reins montrent de la surcharge graisseuse. L'un d'eux contient du pus verdâtre et des calculs très irréguliers de forme et

enchatonnés. Le rein calculeux est deux fois plus volumineux que son symétrique et d'une surcharge graisseuse beaucoup plus marquée.

Encéphale : Ni méningite, ni abcès, ni ramollissement, ni tumeur. Quelques petites lacunes de désintégration çà et là, sur les coupes de Flechsig. Pas de tubercules.

Moelle : Rien à signaler à l'œil nu ; ni tubercules ni lésions apparentes.

L'examen bactériologique a porté tout d'abord sur les reins. Le pus verdâtre a montré des diplocoques ronds, en amas, du type staphylocoque, des bâtonnets parfois un peu incurvés, disposés souvent par deux, assez grêles, longs, à bouts effilés, Gram positif ; de plus, des bâtonnets ne prenant pas le Gram. L'ensemencement a fourni des cultures d'un bâtonnet Gram positif et de bâtonnets Gram négatif ; ce dernier a été identifié au colibacille ; ces germes étaient associés à du staphylocoque doré.

Pas de bacille pyocyanique.

L'ensemencement des parties centrales des calculs qui étaient formés de phosphate de chaux a fourni uniquement du colibacille. Dans les lésions de la peau, nous avons trouvé surtout des amas de staphylocoques dont la culture a fourni des germes du type aureus. La recherche du bacille de Koch a été négative.

Examen microscopique. — Les divers organes recueillis n'ont pas pu être tous examinés. Dans la surcharge graisseuse du rein calculeux et infecté, nous avons noté de gros foyers de cellules d'infiltration (lymphocytes, plasmocytes), sans cellules géantes.

Voici ce que nous avons constaté à l'examen du foie : il est de type infectieux, foyers de lymphocytose, sans cellules géantes. Les travées cellulaires des lobules hépatiques sont homogénéisées ; leur noyau est peu colorable. Un bon nombre de cellules hépatiques contiennent de grosses vésicules graisseuses ; les canalicules biliaires sont distendus ; quelques-uns accusent des tendances adénomateuses manifestes.

La paroi de la vésicule biliaire est épaissie et infiltrée. Dans ses diverses couches, on trouve des tubercules très nets montrant de grosses cellules géantes de Langhans, des cellules épithélioïdes, des

plasmocytes, des amas de lymphocytes et, çà et là, des territoires caséeux. La muqueuse de la vésicule biliaire a beaucoup souffert. L'épithélium est raréfié en bien des points; en d'autres, les digitations du revêtement épithélial sont beaucoup plus diverticulaire que normalement. La recherche du bacille de Koch a été négative, mais les modifications histologiques permettent d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions chez cette femme ayant vécu dans un milieu profondément tuberculisé.

Nous avons examiné des segments de moelle épinière prélevés dans la région dorsale.

Les méninges molles ne présentent pas plus de lymphocytes que normalement. Les cellules nerveuses des cornes antérieures et postérieures montrent des lésions de chromatolyse très accusées.

OBSERVATION XIII (expérimentale, résumée).

Tirée des expériences de SERGENT, thèse de Paris, 1895, p. 113.

Il s'agit d'un chien qui a reçu dans le cholédoque $\frac{1}{3}$ de cc. d'une dilution très concentrée faite en broyant dans du bouillon quelques grains d'une culture sur pomme de terre glycinée obtenue par réensemencement d'un bouillon provenant de la culture mère (pus d'abcès froid). Après l'injection, le cholédoque est lié au calgut, un peu au-dessus de la piqure.

Lésions de la vésicule. — Macroscopiquement, la vésicule a un volume normal; la bile qu'elle contient est prise en une gelée compacte de couleur vert pâle; sa muqueuse paraît veloutée et tomenteuse, mais on n'y aperçoit pas de tubercule à l'œil nu.

Examen histologique. — Des coupes de la vésicule biliaire montrent une infiltration des couches profondes de la muqueuse par des amas d'éléments embryonnaires qui forment des îlots disséminés d'où partent des prolongements qui fusent dans l'épaisseur des cloisons interglandulaires. De ci, de là, on peut voir quelques bacilles de Koch dans ces nappes et dans ces fusées embryonnaires.

L'épithélium n'existe plus, sauf en quelques points où l'on aperçoit encore quelques cellules irrégulières mal colorées et troubles. Dans les lambeaux d'épithélium desquamés qui flottent dans la

cavité et sont agglutinés par des flocons muqueux, on aperçoit également quelques rares bacilles de Koch.

La bile inoculée à un cobaye donne un résultat positif.

Cette observation, comme le dit Sergent lui-même, montre la possibilité des lésions tuberculeuses des voies biliaires extra-hépatiques. De plus, et nous l'avons souligné à dessein, la vésicule biliaire, bien que manifestement infectée par le bacille de Koch et porteuse de lésions tuberculeuses, ne présentait macroscopiquement aucune lésion d'apparence tuberculeuse.

OBSERVATION XIV (inédite).

Service de M. le professeur agrégé CHARRIER. Examen anatomo-pathologique de M. le professeur SABRAZÈS.

M. G..., âgé de 57 ans, entre à l'Hôpital Saint-André, salle 2; lit 10, dans le service de M. le professeur agrégé Charrier, le 17 mars 1927, pour crise douloureuse abdominale.

L'affection actuelle a débuté au mois de janvier par une crise douloureuse très violente dans le côté droit de l'abdomen. La crise a débuté brusquement dans la fosse iliaque droite et s'irradiait vers la région hypogastrique; elle consistait en une sensation de torsion. La crise dura quinze jours et se calma progressivement après un traitement qui consista en repos et applications de glace.

Pas d'irradiations dans l'épaule ni vers la vessie. Vomissements bilieux abondants le premier jour; jamais d'ictère; constipation.

Après la crise, il persista une sensation de pesanteur douloureuse localisée au flanc droit.

A la fin du mois de février, nouvelle crise analogue, mais moins douloureuse et sans vomissements.

Antécédents personnels. — Pas de maladies de l'enfance. Régliée à 12 ans. Une grossesse a été suivie de la mise au monde d'un garçon mort à 10 ans de crises d'épilepsie qui avaient duré depuis l'âge de 7 ans. Ménopause à 47 ans. Il y a trois ans; parésie des membres gauches.

Antécédents héréditaires. — Père mort à la suite d'un ictus qui s'était reproduit et avait d'abord provoqué une hémiplegie gauche. Mère morte au bout d'un mois d'une hémiplegie droite.

Examen. — Le foie déborde les fausses côtes. On sent, dans l'hypocondre droit, une tumeur douloureuse assez volumineuse. A l'examen des poumons, on ne nota rien de particulier.

Tube digestif : Bonnes digestions, appétit conservé.

Urines : Quantité normale; urée, 49 gr. 50 par litre; constante d'Ambard : 0,14 avant l'intervention; 0,092 après.

Sang : Urée, 0,90; cholestérine, 1,60 par litre. Réaction de Bordet-Wassermann, négative. Réaction de Weinberg-Parvu, négative.

Diagnostic clinique. — Cholécystite.

Opération. — Cholécystectomie le 30 avril.

La vésicule était volumineuse et à parois épaissies.

La malade est sortie le 22 mai, la cicatrisation ayant été absolument normale. Depuis lors, elle a toujours été en excellente santé.

Examen anatomo-pathologique (professeur Sabrazès). — Réaction hypertrophique ayant considérablement épaissi la paroi vésiculaire. Dans les régions plus particulièrement envahies par les formations donnant l'image de tubercules, l'épaisseur atteint 7 millimètres; les autres régions de la vésicule mesurent 3 millimètres. Sur les coupes, les formations tuberculoïdes sont visibles à l'œil nu. Elles siègent loin de la muqueuse, dans la tunique conjonctivo-musculaire; quelques-unes sont assez près de la séreuse. Ce sont de grosses masses à contours assez diffus, de cellules plasmatiques, de cellules réticulo-endothéliales à protoplasme spongoïde, avec relativement peu de cellules épithélioïdes mêlées à des lymphocytes, à beaucoup de plasmocytes et à d'énormes cellules géantes. Ces dernières ont souvent des arborisations périphériques; leurs noyaux sont, les uns clairs, les autres plus hyperchromatiques. Parmi ces cellules géantes, il en est qui sont tout à fait du type Langhans, d'autres forment des plasmodes, tels qu'on en observe dans les vésiculomes. On en trouve qui contiennent des trentaines de noyaux ovalaires, parfois centraux, souvent disposés en couronne. Il en est dont le centre est clair, comme aréolaire; d'autres présentent des zones de dégénérescence granuleuse; d'autres ont une dégénérescence vitrée; par-

fois, on trouve dans leur voisinage des images rappelant les foyers de cholestéatose.

Partout, sur les coupes, se trouvent des nids et des traînées lymphocytiques et plasmocytiques. Certains points de la muqueuse ne montrent plus d'épithélium, et à la place, on voit une ulcération remplie de polynucléaires pycnotiques, de déchets hématiques, de fibrine coagulée. Ces ulcérations ne sont pas des tubercules. Les diverticules de l'épithélium ne sont généralement pas très profonds.

Autour des vaisseaux, on voit des infiltrations inflammatoires. La vascularisation est d'ailleurs assez médiocre, sauf du côté de la séreuse. Dans la trame, en bien des points, on trouve des cellules à cytoplasme très étalé, clair et grumeleux. A noter aussi l'intensité de la sclérose et de petits îlots de calcification dans lesquels quelques cellules épithélioïdes sont appliquées.

Les cellules plasmatiques ressortent mieux sur les préparations au Ziehl. Il y a plus de cellules plasmatiques que de lymphocytes, elles sont quelquefois de grande taille. A noter aussi beaucoup de cellules, remplies de granulations graisseuses ou lipoïdiques qui appartiennent au tissu réticulo-endothélial et sont quelquefois disposées en mosaïque. Beaucoup de macrophages remplis de lipoïdes. La fixation au Bouin rend malheureusement assez difficile les recherches bacillaires, mais est favorable, après coloration de Ziehl-Nelsen, à la mise en évidence de la substance lipoïdique dans les macrophages dont la coupe est bourrée. Bon nombre de cellules plasmatiques ont deux noyaux. On trouve beaucoup de cellules réticulo-endothéliales devenues spongioïdes, claires, xanthomatoïdes, et qui sont surchargées de lipoïdes. On en voit des îlots un peu partout dans cette vésicule. Autour d'elles, on trouve beaucoup de cellules plasmatiques et aussi des cellules géantes et des lymphocytes. Les cellules géantes sont elles-mêmes grumeleuses.

Le tissu adipeux périvésiculaire n'est pas infiltré ni envahi par ce processus tuberculoïde. Les fibres musculaires lisses de cette vésicule sont raréfiées, sauf dans certaines régions où elles conservent leur groupement habituel en faisceaux entrecroisés. Ce ne sont pas elles qui fournissent les éléments endothélioïdes à cytoplasme clair. Certaines cellules plasmatiques subissent aussi cette dégénéres-

cence granuleuse, grumeleuse, et montrent une charge lipoïdique. La recherche prolongée des bacilles sur un fragment fixé au Bouin a donné un résultat négatif.

Diagnostic. — Le diagnostic que l'on porterait d'emblée est : cholécystite tuberculeuse hypertrophique.

On peut remarquer que, dans ce cas, contrairement à ce qui se passe dans la cholécystite calculeuse habituelle, l'épaississement des parois de la vésicule n'est pas dû à une hypertrophie musculaire; ici, au contraire, malgré l'épaississement des parois, les fibres musculaires sont raréfiées. A noter aussi l'abondance d'inclusions lipoïdiques dans les macrophages et les cellules réticulo-endothéliales, ce qui oblige à faire certaines réserves pour le diagnostic, les inclusions de lipoides pouvant peut-être provoquer la formation de cellules géantes dans les cholécystites calculeuses, ce qui, jusqu'à présent, n'est pas démontré et ce qui fait actuellement l'objet de recherches de la part de M. Sabrazès.

Néanmoins, le diagnostic, malgré cette réserve, ne semble pas douteux dans ce cas. Il l'est davantage dans l'observation suivante.

OBSERVATION XV (inédite).

Service du docteur LEFÈVRE.

Examen anatomo-pathologique de M. le professeur SABRAZÈS.

M..., femme de 24 ans, entre, le 15 mai 1928, à l'Hôpital Saint-André, salle 1, chez M. le docteur Lefèvre, pour une crise douloureuse abdominale.

L'affection actuelle a débuté, en décembre 1924, par de vives douleurs qui ont apparu brusquement dans la région hépatique. Ces douleurs s'irradiaient dans l'épaule droite et il y eut en même temps des vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux. Fièvre sans ictère. Ces crises se renouvelaient tous les soirs. La malade fit un séjour à Paris, à l'Hôpital Bichat, où elle fut soignée par des applications locales de laudanum qui ne la soulagèrent pas.

Antécédents personnels. — Typhoïde à 7 ans. Régulée à 12 ans.

Examen. — On trouve dans la région hépatique un point douloureux vésiculaire sans pouvoir percevoir nettement de tumeur.

Tous les autres appareils sont en bon état.

Diagnostic. — Lithiase vésiculaire.

Opération le 1^{er} juin. Incision de Kehr. Vésicule petite, scléreuse, contenant des calculs. Cholédoque dilaté et au voisinage de l'embouchure du cystique contenant un calcul de cholestérine. Cholécystectomie rétrograde. Incision du cholédoque (calcul probable dans l'ampoule de Vater). Drainage du cholédoque.

La vésicule contenait des calculs de cholestérine et du mucus clair.

La malade quitte l'hôpital le 28 juin, guérie.

Examen anatomo-pathologique (professeur Sabrazès). — Vésicule considérablement épaissie et enflammée. Muqueuse moins frangée que normalement; à noter cependant quelques diverticules profonds.

On trouve dans la paroi de cette vésicule des îlots peu nombreux quelques cellules épithélioïdes, des lymphocytes et des plasmocytes, avec quelques cellules géantes, loin de la muqueuse. Cette muqueuse est assez diverticulaire, le revêtement épithélial est partout assez bien conservé. Le chorion a subi une sorte d'évolution fibreuse. Cette vésicule était rétractée sur de nombreux calculs, ces lésions sont difficiles à interpréter. La pièce a été fixée au Bouin, ce qui gêne considérablement la recherche des bacilles. On trouve dans la paroi quelques calcosphérites.

Ce cas est difficile à définir, car il faut faire des réserves sur la présence des cellules géantes à cause de la présence des calculs, ainsi que nous l'avons dit à notre chapitre de diagnostic. Notre maître, M. le professeur Sabrazès, a bien voulu examiner à nouveau de nombreuses coupes de cholécystites calculeuses pour pouvoir se prononcer sur ce cas. Il n'y a rien trouvé de semblable à la description ci-dessus. On ne voyait qu'un épaississement musculaire considérable et une inflammation limitée.

M. Sabrazès pense que ce cas est caractéristique au point de vue des difficultés que l'on a à diagnostiquer dans certains cas la tuberculose de la vésicule biliaire, et il déclare que ce serait dans des cas semblables que la fixation de la pièce en deux fragments, au Bouin d'une part, à l'alcool ou au formol d'autre part, ainsi que l'inoculation d'un fragment de la partie externe de la paroi vésiculaire, permettraient le diagnostic.

CONCLUSIONS

1° La cholécystite tuberculeuse n'est pas aussi rare qu'on a bien voulu le dire jusqu'à présent.

2° L'infection atteint la vésicule le plus souvent par voie hématogène, à cycle court dans la cholécystite chronique, à cycle long dans la tuberculose aiguë généralisée.

3° La vésicule est augmentée de volume. La tuberculose vésiculaire est, d'après M. Sabrazès, le plus souvent une tuberculose hypertrophique. Les parois sont épaissies, la surface irrégulière. On peut trouver dans la cavité vésiculaire des calculs et du pus grumeleux. L'examen histologique fait découvrir dans la paroi des foyers de tuberculose folliculaire avec amas lymphoïdes, lymphocytiques et plasmocytiques, cellules géantes de Langhans, cellules épithélioïdes. Les lésions de cholécystite infectieuse non tuberculeuse, calculeuse ou non, sont absolument différentes de celles de la tuberculose vésiculaire. Néanmoins, d'après M. Sabrazès, dorénavant, tout cas soupçonné de tuberculose de la vésicule biliaire devra faire l'objet, d'une part, d'inoculations aux cobayes; d'autre part, de recherches bactériologiques sur des segments fixés par les procédés favorables à la mise en évidence du bacille de Koch. En effet, on peut penser que des infiltrations lipoidiques de la vésicule, telles qu'on les observe chez les lithiasiques et les préolithiasiques, sont peut-être susceptibles de provoquer des réactions tuberculoïdes pouvant en imposer pour de la tuberculose vraie histologiquement, bien que l'étude des vésicules chargées de lipoides, comme la vésicule fraise, n'ait jusqu'à présent rien montré de semblable à des réactions tuberculoïdes. Il y a lieu,

à cet égard, de réserver l'avenir; les recherches complémentaires doivent être, sur ce point, poussées plus loin qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent.

4° Les signes les plus constants sont : une douleur dans le flanc droit et de la constipation. Ils n'ont rien de caractéristique. L'examen fait trouver dans l'hypocondre droit une masse globuleuse mobile, rénitente, de volume variable. La perte des forces, un amaigrissement parfois très rapide accompagnent ces troubles.

5° Les complications ont été la formation d'un phlegmon biliaire avec ouverture à la paroi et fistulisation.

6° Le diagnostic est cliniquement impossible, et même pendant l'intervention, on commet des erreurs. L'association étroite de la clinique et du laboratoire est indispensable pour éviter les erreurs.

7° Le traitement de choix est la cholécystectomie. Cette opération peut être longue et laborieuse, mais elle empêche les récidives et les fistulisations. On lui préférera cependant la cholécystostomie dans le cas de faiblesse extrême du malade, sans oublier cependant de prélever un fragment de vésicule pour le faire examiner.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. SABRAZÈS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 13 novembre 1928.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDERSON. — Five cases illustrating diseases of the gall bladder. From the case book of a general practitioner. *Liverpool M. Chir. J.*, t. XXIX, p. 133, 141, 1908.
2. BARLORO OLIVIERI. — Un caso de tuberculoma de la vesicula biliar. *Prensa med. Argentina*, 1918-1919, p. 297.
3. BARRIER. — Sur les cavernes biliaires. *Maladies des enfants*, t. II.]
4. BARTH et BESNIER. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, articles *Bile*, *Voies biliaires*.
5. BEITZKE. — Ueber einen Fall von Tuberkuloser Cholecystitis. *Centralbl. f. Allg. Path. u. Path. Anat.*, 1905, p. 106.
6. BERKELEY-MOYNIHAN. — Les infections de la vésicule biliaire. Société des chirurgiens de Paris, 20 avril 1928.
7. BERTHOMIER. — Lithiase biliaire et péritonite tuberculeuse chez les jeunes sujets. *Congrès de chirurgie*, 1910, p. 367.
8. BLAHD. — Diseases of the gall bladder and biliary tracts. *New-York M. J.*, 1917, p. 1033.
9. BOURGEOIS. — Des calculs biliaires, lésions et symptômes qu'ils déterminent. Thèse de Paris, 1858.
10. BRAQUEHAYE. — Cholécystite tuberculeuse, cholécystectomie. Guérison: *Société de chirurgie*, 1901, p. 1082.
11. BRISSAUD-TOUPET. — Sur la tuberculose du foie. Études expérimentales et cliniques sous la direction du professeur Verneuil, t. I, 1887.
12. CALOT. — Ablation de la vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1891.
13. CASATI. — Empiema senza calcoli della cistifellea in donna tuberculosa operata colla colecistostomia garigione. *Baccoglitore med. Forli*, 1890.

14. CHIRAY et PAVEL. — La vésicule biliaire. Masson, 1927, p. 434.
15. COURTOIS-SUFFIT. — Angiocholite et cholécystite. *Manuel de médecine*, t. IV, 1895.
16. CRUVEILLIER. — *Anatomie pathologique*, t. IV, p. 480.
17. CZERNY et HEDDØUS. — Cholécystostomie pour tuberculose de la vésicule biliaire. *Beitr. Z. Klin. Chir.*, 1893, t. XII.
18. DELBEC. — Des lésions de la vésicule biliaire dans la lithiase. Thèse de Paris, 1892.
19. DENUCÉ. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
20. DEYCKE. — Sitzung der Biolog. Sektion Hamburg, 14 Januar 1908. Ref. *Münchner Med. Wöchenschr.*
21. DOMINICI. — Des angiocholites et cholécystites suppurées. Thèse de Paris, 1894.
22. DUPRÉ. — Les infections biliaires. Thèse de Paris, 1891.
23. ESCALIER. — Difficultés du diagnostic dans les affections biliaires. *Revue de la Société médicale argentine*, Buenos-Ayres, 1904, t. XII, p. 695-706.
24. FAURE. — Maladie du foie. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. VIII, 1899.
25. FOURNIER. — Origine microbienne de la lithiase biliaire. Thèse de Paris, 1896.
26. FRAENKEL et KRAUSE. — Bakteriolog. und Experimentelles ueber die Gall. *Zeitschr. f. Hygiene*, Bd XXXII, 597.
27. FRERICHs. — Traité des maladies du foie et des voies biliaires.
28. GALABRU. — A propos de deux cas inédits de tuberculose de la vésicule biliaire. Thèse de Montpellier, 1910.
29. — A propos de deux cas inédits de tuberculose de la vésicule biliaire. *Revue internationale de la tuberculose*, 1910, p. 163.
30. GAUCHER. — Société anatomique, juin 1879.
31. GELLERT. — Ueber die solitar Tuberkulose die Leber und Gallenblase. *Pester Med. Chir. Pressa*, Bd XLVII, S. 197.
32. GILBERT et CLAUDE. — Recherches expérimentales sur la tuberculose des voies biliaires. Société de biologie, n° 37, 21 décembre 1895.

33. HAHN. — Tuberculose du foie. Thèse inaugurale, 1840.
34. HANOT et LÉTIENNE. — Congrès de la tuberculose, 1891.
35. — Note sur la bile cystique chez les tuberculeux. Congrès de la tuberculose, 1901.
36. HOLMES-BAYARD. — Tubercular peritonitis with great dissention of the gall bladder. *Annals of surgery*, 1906, p. 790.
37. INTERNAT. — The pathologie gall bladder. *J. Surgery N.-Y.*, 1908, t. XXI, p. 73.
38. JACOBSON. — Nouvelle contribution à l'étude des tubercules et cavernes biliaires chez l'enfant. Thèse de Paris, 1898.
39. — *Presse médicale*, 25 janvier 1899, n° 7, p. 41.
40. KISCH. — Ueber einen Fall von Cholecystitis Tuberculosa chronica. *Prag. Med. Woch.*, 1902, p. 61.
41. KNOTTE. — Ueber einen Fall von Schwerer Allgemeintuberkulose, etc., etc. *Dissert.*, Leipzig, 1907.
42. KOTLAR. — De la pathogénie de la soi-disant tuberculose des conduits biliaires dans le foie de l'homme. *Zeit. f. Heilk.*, t. XV, p. 121.
43. LABADIE-LAGRAVE. — *Traité des maladies du foie*, t. VI, Paris, 1892.
44. LANCEREAUX. — *Atlas d'anatomie pathologique*, 1866, p. 70.
45. LANGHANS. — *Virchow's archiv*, XIII.
46. LANNELONGUE. — Tuberculose hépatique et périhépatique. Congrès de la tuberculose, 1888.
47. LATRONCHE. — La tuberculose de la vésicule biliaire et son traitement. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1911, p. 517.
48. LEBERT. — *Société anatomique*, 26^e année, 1851, p. 13.
49. LELIONNAIS. — Quelques considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1896.
50. LÉTIENNE. — De la bile à l'état pathologique. Thèse de Paris, 1891.
51. LONGUET. — Traitement de l'angiocholite non calculeuse. Thèse de Paris, 1896.
52. LUTON. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie*.
53. MATHIEU. — La lithiase des voies biliaires principales. *Cliniques de Paris*, 1908; t. III, p. 1-5.

54. MIGNOT. — Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites. Thèse de Paris, 1896.
55. MONTRÉAL. — The diagnosis of the diseases of the gall bladder and bill ducts. *M. J.*, 1902, t. XXXI, p. 913-921.
56. MOSSE. — Accidents de la lithiase biliaire. Thèse d'agrégation 1884.
57. MURCHISON. — Clinicals lectures on the diseases of the liver. London, 1868.
58. OBERLING. — Tuberculose biliaire lymphogène. *Société anatomique*, 1920, p. 298.
59. PILLIET. — Étude d'histologie pathologique sur la tuberculose expérimentale et spontanée du foie. Thèse de Paris, 1892.
60. RANKIN-MASSIE. — Primary tuberculosis of the gall bladder. *Annals of Surgery*, 1926, p. 800.
61. REVUE DE HAYEM. — Tuberculose des voies biliaires, 1884, t. XXIV, p. 63.
62. RIEDEL. — Tuberculose de la vésicule biliaire. *Berl. Klin. Woch.*, 1888.
63. RIELLET et BARTHEZ. — Cavernes péribiliaries et cavernes péri-bronchiques. *Maladies des enfants*, t. II, p. 218.
64. RODET. — Traité des maladies du foie de Harley, 1890.
65. SABRAZÈS et TORLAIS. — Le pemphigus; recherches expérimentales et cliniques. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 16 septembre 1928, n° 38, p. 596.
66. SCHMIDT (G.). — *Zestchr. f. Benno Schmidt*, Iéna, 1896.
67. SERGENT. — Société de biologie, 4-10-17 mai 1895.
68. — Tubercules et cavernes biliaires. Thèse de Paris, 1895.
69. — Pathogénie de la tuberculose des voies biliaires. *Presse médicale*, 1896.
70. — Recherche du bacille de Koch dans la bile. *Revue de chirurgie*, avril-mai 1897.
71. — Tubercules et cavernes biliaires. *Presse médicale*, 1898, n° 72.
72. SHELL. — Diagnosis of gall bladder diseases. *Med. Chir. Journal*, Philadelphia, 1905.

73. SHUPPEL. — Histogenese der Lebertuberkulose. *Archiv der Heilkunde*, 1868.
74. SIMMONDS. — Ueber Gallenblase Tuberkulose. *Centralblat. f. Allg. Path. u. Path. Anat.*, Iéna, t. XIX, p. 225-227.
75. SOUVILLE. — Cholécystite scléreuse d'origine calculeuse et péri-cholécystite, Thèse de Paris, 1895.
76. STEFFEN. — Klinik der Kinderkrankheiten. Berlin, 1869.
77. TEDENAT. — La tuberculose de la vésicule biliaire. XXIII^e Congrès de chirurgie, 1910, p. 361.
78. THOREL. — Des fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1901.
79. TUBLET. — Tuberculose des voies biliaires. Thèse de Paris, 1872.
80. VIRCHOW. — Les cavernes biliaires. *Traité des tumeurs*, t. III, p. 87.

